

# Особливості клінічного перебігу захворювання та психоемоційний стан жінок з лейоміомою матки та аденоміозом, які зазнали впливу чинників військової агресії

А. Г. Корнацька, О. В. Трохимович, Г. В. Чубей, О. О. Ревенько, А. О. Калюта, О. М. Полуянова, М. В. Зінченко

ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ

З одного боку, в умовах війни сильний психологічний стрес зумовлює погіршення стану репродуктивної системи жінок, збільшення кількості запальних захворювань та новоутворень статевої системи. З іншого боку, вже наявні захворювання, такі, як лейоміома та ендометріоз матки, є факторами, що поглиблюють стрес, спричинюють дистрес та призводять до зниження якості життя.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей клінічного перебігу лейоміоми матки та аденоміозу на тлі психоемоційних порушень у жінок репродуктивного віку, що зазнали впливу чинників військової агресії.

**Матеріали та методи.** Проведено оцінювання клінічного перебігу наявних захворювань та психоемоційного стану у 110 жінок репродуктивного віку з аденоміозом та лейоміомою матки.

Залежно від тяжкості впливу чинників військової агресії пацієнтки були розподілені на три групи: 1-а група – 37 жінок, що перебували на окупованих територіях (обстеження даної групи пацієнток проводили після деокупації територій), 2-а група – 35 хворих, які перебували від впливом чинників збройного конфлікту, проте не зазнали безпосереднього вторгнення окупантів, 3-я група – 38 пацієнток, внутрішньо переміщених під час збройного конфлікту.

Для визначення психоемоційного стану використовували опитувальник Спілбергера–Ханіна та шкалу депресії Бека-2.

**Результати.** Серед скарг переважали порушення менструального циклу (75,5%) та больовий синдром (40,0%). Найчастіше у всіх групах діагностували тяжкі менструальні кровотечі (54,1%, 65,7% та 65,8% відповідно по групах), перименструальні кров'яністі виділення (13,5%, 22,9% та 26,3% випадків відповідно). Аномальні маткові кровотечі достовірно частіше виявляли у жінок, що перебували на окупованих територіях (10,8% у 1-й групі проти 2,9% у 2-й та 2,6% у 3-й групах;  $p < 0,05$ ).

Середній показник ситуативної тривожності, що пов'язана безпосередньо з впливом небезпечних умов, свідчить про високий рівень тривожності у жінок 1-ї (45,9±1,0 бала) та 3-ї (45,2±1,2 бала) груп. Середній показник у пацієнток 2-ї групи відповідав помірному рівню (44,1±0,8 бала).

Рівень особистісної тривожності був найвищий у 3-й групі (45,3±1,3 бала), у 2-й групі у жінок відзначали помірну особистісну тривожність (43,7±1,0 бала), а у 1-й групі – низьку (29,6±0,9 бала).

Найнижчий рівень депресії встановлено у жінок 3-ї групи (8,9±0,8 бала). У 2-й групі середній показник депресивних проявів становив 10,9±0,6 бала, що відповідало нормальному емоційному стану. У 1-й групі середній показник депресії становив 12,1±0,5 бала.

**Висновки.** Негативні наслідки впливу чинників військової агресії виявлено у пацієнток з аденоміозом та лейоміомою матки. На першому місці з частоти розладів репродуктивного здоров'я були порушення менструальної функції (від 78,9% до 85,7%) без відмінностей по групах. Найчастіше виявляли тяжкі менструальні кровотечі (від 54,1% до 65,8%).

Значно важче переносили стресові події жінки, які перебували у місцях безпосереднього вторгнення, про що свідчать високі показники ситуативної тривожності. Жінки, які перебували під впливом чинників збройного конфлікту, проте не зазнали безпосереднього вторгнення окупантів, більш схильні до переживань соціального характеру. У тимчасово переміщених осіб спостерігались певні тенденції до адаптації, вони були більше стурбовані наявною хворобою та мали найвищий рівень особистісної тривожності.

**Ключові слова:** військова агресія, репродуктивне здоров'я, психоемоційний стан, лейоміома матки, аденоміоз.

## Characteristics of the clinical course and psycho-emotional condition of women with uterine leiomyoma and adenomyosis affected by military intervention

А. Н. Kornatska, О. В. Trokhymovych, Г. В. Chubei, О. О. Revenko, А. О. Kaliuta, О. М. Poluianova, М. В. Zinchenko

On the one side, in the conditions of war, strong psychological stress leads to the disorders of the reproductive system of women, the increased number of inflammatory diseases and neoplasms of the reproductive system. On the other hand, pre-existing conditions such as leiomyoma and endometriosis of the uterus are the factor that deepens stress, causes distress and leads to a decrease in quality of life.

**The objective:** to study the characteristics of the clinical course of uterine leiomyoma and adenomyosis in the context of psycho-emotional changes in women of reproductive age affected by military intervention.

**Materials and methods.** The clinical course of diseases and the psycho-emotional state of 110 women of reproductive age with adenomyosis and uterine leiomyoma were evaluated.

Depending on the severity of the influence of the factors of military aggression, the patients were divided into three groups: the 1st group – 37 women who were in the occupied territories (the examination of this group of patients was carried out after the deoccupation of the territories), the 2nd group – 35 patients who were under the influence factors of the armed conflict, but were not directly invaded by the occupiers, the 3d group – 38 female patients who were internally displaced during the armed conflict. The Spielberger–Khanin questionnaire and the Beck Depression Scale-2 were used to determine the psycho-emotional state.

**Results.** Disorders of the menstrual cycle (75.5%) and pain syndrome (40.0%) prevailed among the complaints. Heavy menstrual bleeding (54.1%, 65.7%, and 65.8%, respectively, by group), perimenstrual bleeding (13.5%, 22.9%, and 26.3% of cases, respectively) were most often diagnosed in all groups. Abnormal uterine bleeding was detected significantly more often in women who were in the occupied territories (10.8% in the 1st group versus 2.9% in the 2nd and 2.6% in the 3d groups;  $p < 0.05$ ).

The average score of situational anxiety, which is directly related to dangerous conditions, indicates a high anxiety level in women of the 1st ( $45.9 \pm 1.0$  points) and 3d ( $45.2 \pm 1.2$  points) groups. The average score of patients in the 2nd group corresponded to a moderate anxiety level ( $44.1 \pm 0.8$  points).

The level of personal anxiety was the highest in the 3d group ( $45.3 \pm 1.3$  points), in the 2nd group women had moderate personal anxiety ( $43.7 \pm 1.0$  points), and in the 1st group – low one ( $29.6 \pm 0.9$  points).

The lowest level of depression was found in women of the 3d group ( $8.9 \pm 0.8$  points). In the 2nd group, the average score of depressive manifestations was  $10.9 \pm 0.6$  points, which corresponded to a normal emotional state. In the 1st group, the average depression score was  $12.1 \pm 0.5$  points.

**Conclusions.** Negative outcomes of military aggression were found in patients with adenomyosis and uterine leiomyoma. In the first place in the frequency of reproductive health disorders was ranked by menstrual disorders (from 78.9% to 85.7%) without differences by group. Most often, heavy menstrual bleeding was detected (from 54.1% to 65.8%).

Women who were in places of direct war invasion had a much harder time enduring stressful events, as evidenced by high levels of situational anxiety. Women who were under the influence of the factors of the armed conflict, but were not directly invaded by the occupiers, are more prone to experiences of a social nature. Temporarily displaced persons showed certain tendencies towards adaptation, they were more concerned about the existing illness and had the highest level of personal anxiety.

**Keywords:** military aggression, reproductive health, psycho-emotional condition, uterine leiomyoma, adenomyosis.

Військова агресія супроводжується не тільки виникненням суттєвих соціально-економічних проблем, але й створює умови для значного погіршення здоров'я населення, у тому числі негативно впливає на стан репродуктивного здоров'я жінок [1–5]. Проживання жінок у зоні інтенсивних військових дій може ускладнювати доступ до продовольства, чистої води та збільшує ризик виникнення інфекційних хвороб, підвищує частоту психічних порушень та депресивних станів [6–9].

Зміна пріоритетів у зв'язку з військовою агресією, зокрема зниження рівня турботи про здоров'я, і неможливість вчасного отримання медичної допомоги зумовлює значне зниження частоти або відсутність профілактичних оглядів і обстежень, що призводить до виявлення захворювань на пізніх стадіях у за давнених станах [3]. Через психоемоційне напруження, спричинене війною, хвороби, які мали вікову структуру, будуть діагностувати на 10–15 років раніше, ніж до війни. Це матиме довгострокові демографічні наслідки [10, 11].

При цьому доведено, що великі фізичні і психологічні навантаження жіночий організм переносить значно гірше [12]. Тоді як чоловіки відкрито реагують на гостру стресову ситуацію, жінки більш схильні до психосоматичних реакцій [13].

Гострий значний стрес може пригнічувати секрецію гонадотропіну та зменшувати виділення стероїдів яєчниками, у результаті чого можна очікувати захисного ефекту. Однак хронічний стрес може зумовити дуже різні гормональні ефекти [14]. Отримані С. D. Lynch та співавторами (2014) результати дослідження продемонстрували, що у жінок з високим рівнем альфа-амілази у слині (лабораторний маркер стресу) спостерігалось зниження фертильності на 29% та зростання ризику безплідності у 2 рази [15].

Основні механізми, за допомогою яких стрес може бути пов'язаний з наявністю лейоміоми матки, обговорюються [16]. У дослідженні в жінок племені майя більш високі добові рівні кортизолу в сечі (наявність хронічного стресу) передбачали вищий рівень гонадотропінів протягом менструального циклу та збільшення вмісту прогестину під час фолікулярної фази, що може бути можливим фактором патологічного шляху [17–19].

У дослідженні первинних культур клітин лейоміоми матки людини було виявлено, що агоністи адренергічних рецепторів модулюють рецептор естрогену та рецептор прогестерону, васкулярний ендотеліальний фактор росту і фактори росту фібробластів, впливаючи на проліферацію клітини [20]. Крім того, продукт гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі норадреналін сприяє синтезу прозапальних цитокінів, таких, як інтерлейкін-6 (ІЛ-6), ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-10 та фактора некрозу пухлини- $\alpha$ , які беруть участь у патогенезі лейоміоми матки [16].

Наразі більшість досліджень вивчали роль стресу як фактора ризику розвитку лейоміоми матки, а не як його наслідок. Проте діагноз лейоміоми матки, ендометріозу сам по собі може вважатися відповідним психосоціальним стресором [19]. Пацієнтки з лейоміомою матки мають вищий рівень глобального сприйняття стресу та менструального дистресу порівняно зі здоровими [21, 22]. Жінки з найвищим рівнем стресу мали надмірну крововтрату і тяжку дисменорею [23, 24]. Саме менструальна кровотеча значно впливає на якість життя, ніж інші симптоми [25].

Отже, з одного боку, неналежні умови проживання, недоступність ефективної медичної допомоги в умовах війни, сильний психологічний стрес зумовлюють погіршення стану репродуктивної системи жінки та збільшення кількості запальних захворювань і новоутворень статевої системи. З іншого, вже наявні захо-

рювання, такі, як лейоміома матки та ендометріоз матки, є факторами, що поглиблюють стрес, спричиняють дистрес та призводять до зниження якості життя.

Втручання, спрямовані на зменшення хронічного психологічного стресу, можуть бути корисними для зниження поширеності доброякісних захворювань матки, що набуває особливої актуальності в умовах сьогоденних реалій.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей клінічного перебігу лейоміоми матки та аденоміозу на тлі психоемоційних порушень у жінок репродуктивного віку, що зазнали впливу чинників військової агресії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено обстеження 110 жінок репродуктивного віку з аденоміозом та лейоміомою матки. Дослідження виконано на базі відділень медичних проблем планування сім'ї та реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства Національної академії медичних наук України» протягом 2022–2024 рр.

Дослідження проведено з урахуванням основних принципів Гельсінської декларації з біометричних досліджень та повноважень GCH ICH (1996 р.), згідно з біометричними нормами із дотриманням принципів конфіденційності та етики (витяг з протоколу № 3 за рішенням комісії з питань біоетики від 26.05.2022 р. ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О. М. Лук'яновича НАМН України»).

Діагноз лейоміоми матки встановлювали згідно зі «Стандартами медичної допомоги «Лейоміома матки», затвердженими Наказом Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 25 січня 2023 р. № 147, а діагноз аденоміозу – згідно з «Уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Тактика ведення пацієнок з генітальним ендометріозом», затвердженим Наказом МОЗ України від 6 квітня 2016 р. № 319.

Залежно від тяжкості впливу чинників військової агресії пацієнтки були розподілені на три групи.

До 1-ї групи увійшли 37 жінок, що перебували на окупованих територіях, в основному мешканки Київської області (м. Ірпінь, м. Буча). Їх обстеження проводили після деокупації зазначеного регіону.

До 2-ї групи включено 35 хворих, які перебували під впливом чинників збройного конфлікту, проте не зазнали безпосереднього вторгнення окупантів (м. Київ).

До 3-ї групи включено 38 пацієнок, внутрішньо переміщених під час збройного конфлікту, які на час окупації Київської області перебували за її межами.

Серед обстежених жінок 1-ї групи у 18 (48,6%) хворих встановлено наявність лейоміоми матки, у 24 (64,9%) жінок – аденоміозу, у 5 (13,2%) пацієнок – поєднання зазначених захворювань. У 2-й групі лейоміому матки діагностовано у 19 (54,3%) жінок, аденоміоз – у 22 (62,9%) хворих, а поєднану патологію – у 6 (17,1%) пацієнок. Серед внутрішньо переміщених осіб (3-я група) діагноз лейоміоми матки встановлено у 16 (42,1%) пацієнок, аденоміоз – у 30 (78,9%) хворих, поєднання лейоміоми та ендометріозу матки – у 8 (21,1%) жінок.

Усім пацієнткам проводили повне клінічне обстеження згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, яке включало вивчення характеру скарг, анамнезу хвороби, репродуктивного анамнезу, терапії, що проводилась. Гінекологічне обстеження виконували за загальними схемами.

Для визначення психоемоційного стану обстежених жінок використовували опитувальник Спілберга–Ханіна та шкалу депресії Бека-2.

Для визначення ступеня проявів тривожності було сформовано чисельні показники та розділено ситуативну (тривожність, що пов'язана безпосередньо з впливом небезпечних умов) і особистісну тривожність (була характерна для пацієнок до початку бойових дій та пов'язана з особистими або побутовими переживаннями). Відповідно менше 30 балів – низький рівень тривожності, 31–45 балів – помірна тривожність, 45 балів та вище – високий рівень тривожності.

У чисельних показниках рівень депресивних розладів оцінювали таким чином: 0–13 балів – нормальний рівень емоційного стану; 14–19 балів – легкий ступінь проявів зниження емоційного стану; 20–28 балів – помірні прояви зниження емоційного стану; 29 і вище балів відповідали різкому зниженню емоційного стану та потребували дообстеження для підтвердження клінічної депресії.

Статистичне оброблення даних проводили у програмі Medstat з використанням можливих порівнянь за допомогою критерію хі-квадрат. Відмінності вважали вірогідними за рівня значущості (p) менше 0,05.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За віком обстежені хворі не відрізнялися. Так, середній вік обстежених жінок становив 40,2±1,0 року у 1-й групі, 41,4±0,5 року у 2-й та 37,1±1,9 року у 3-й групі. Розподіл хворих залежно від віку наведено в таблиці.

Слід зазначити, що найчастіше лейоміому матки та аденоміоз діагностували у жінок 40–44 років у 1-й (14 хворих – 37,9%) та 3-й (10 жінок – 26,3%) групах. Тоді

Розподіл обстежених жінок за віком по групах, абс. число (%)

Група обстежених жінок	Усього, n	Вік, роки				
		До 30	30-34	35-39	40-44	45-49
1-а	37	1 (2,7)	6 (16,2)	7 (18,9)	14 (37,9)	9 (24,3)
2-а	35	1 (2,9)	3 (8,6)	9 (25,7)	10 (28,6)	12 (34,2)
3-а	38	10 (26,3)**	4 (10,5)	6 (15,8)	10 (26,3)	8 (21,1)

Примітки: \* - різниця достовірна порівняно з 1-ю групою (p<0,05); # - різниця достовірна порівняно з 2-ю групою (p<0,05).

як серед жінок, що знаходились під впливом чинників військової агресії, найбільше жінок з цими діагнозами було віком 45–49 років, а саме 12 (34,2%) осіб. Привертає до себе увагу велика кількість жінок до 30 років із групи внутрішньо переміщених: 10 (26,3%) хворих проти по одній жінці у 1-й (2,7%) та у 2-й (2,9%) групах ( $p < 0,05$ ). Це пояснюється більшою мобільністю молодих незаміжніх жінок або наявністю в них маленьких дітей, яких вони евакуювали. В інших вікових групах достовірних відмінностей не виявлено.

Серед скарг переважали порушення менструального циклу: у 30 (81,1%) жінок 1-ї групи, у 27 (77,1%) хворих 2-ї групи та у 26 (68,4%) пацієнток 3-ї групи. А також больовий синдром – по 16 пацієнток в 1-й та 2-й групах (43,2% та 45,7% відповідно) та у 12 (31,6%) хворих 3-ї групи без достовірної різниці по групах, проте дещо менше в 3-й групі.

На виділення зі статевих шляхів скаржились 14 (37,8%) жінок 1-ї групи, 12 (34,3%) хворих 2-ї групи і більше половини пацієнток 3-ї групи (20 (52,6%) жінок). Менше обстежених пацієнток турбували порушення функції тазових органів: 1 (2,7%) жінку з 1-ї групи і по 5 хворих у 2-й (14,3%) та 3-й (13,2%) групах. Про сексуальні розлади зазначали 5 (13,5%) пацієнток з 1-ї групи, 1 (2,9%) жінка у 2-й та 2 (5,3%) хворі у 3-й групах.

Щодо менструальної функції, обстежені хворі не відрізнялися за середнім віком менархе:  $12,9 \pm 0,2$  року в 1-й групі,  $13,4 \pm 0,3$  року в 2-й групі та  $13,6 \pm 0,2$  року в 3-й групі. Менструальний цикл у більшості хворих був регулярним і в середньому становив  $26,8 \pm 0,6$  доби в 1-й групі,  $27,1 \pm 0,5$  доби у 2-й групі та  $27,8 \pm 0,6$  доби у 3-й групі. Тривалість менструації не відрізнялась по групах і в середньому становила  $6,0 \pm 0,3$  доби в 1-й групі,  $5,9 \pm 0,3$  доби у 2-й групі і  $5,7 \pm 0,4$  доби у 3-й групі.

У переважній більшості обстежених менструальна крововтрата була надмірною, часто зі згустками: по 26 жінок у 1-й (70,3%) та 2-й (74,2%) групах та у 22 (57,9%) хворих 3-ї групи. Дисменорею виявлено у 14 (37,8%) хворих 1-ї групи, у 21 (60,0%) жінки в 2-й групі та у 26 (68,4%) хворих 3-ї групи.

На час обстеження порушення менструальної функції спостерігались у переважній більшості хворих усіх груп без достовірної різниці по групах: у 31 (83,8%) жінки в 1-й групі та по 30 пацієнток у 2-й (85,7%) та 3-й (78,9%) групах. Найчастіше у всіх групах виявляли тяжкі менструальні кровотечі: в 20 (54,1%) жінок у 1-й групі, у 23 (65,7%) хворих у 2-й групі та у 25 (65,8%) пацієнток у 3-й групі. А також перименструальні кров'янисті виділення – у 5 (13,5%) жінок 1-ї групи, у 8 (22,9%) хворих 2-ї групи та в 10 (26,3%) пацієнток 3-ї групи, що свідчило про частоту аденomioзу по групах.

Слід зазначити, що анормальні маткові кровотечі достовірно частіше діагностували у жінок, які перебували на окупованих територіях (у 4 (10,8%) хворих у 1-й групі проти по одній жінці у 2-й (2,9%) та 3-й (2,6%) групах;  $p < 0,05$ ).

Безплідність діагностували в 14 (37,8%) жінок 1-ї групи, у 10 (28,6%) хворих 2-ї групи та у 12 (31,6%) пацієнток 3-ї групи, дещо частіше первинну в усіх групах без достовірної різниці. У середньому жінки інформують про тривалість безплідності від  $3,5 \pm 0,2$  року в 3-й групі до  $4,9 \pm 0,6$  року в 2-й та  $5,8 \pm 0,3$  року в 1-й групах.

Слід зазначити високу частоту репродуктивних втрат, особливо в жінок 3-ї групи: у 20 хворих із 26, які мали вагітності, що становило 76,9% проти 11 (44,0%) жінок у 1-й та 10 (40,0%) жінок у 2-й групах. Серед репродуктивних втрат переважали завмерлі вагітності (28,0%, 16,0% та 46,2% відповідно по групах) та мимовільні викидні (по 12,0% у 1-й та 2-й групах і 23,7% у 3-й групі). Привертає увагу висока частота штучних абортів у кожній третій жінки: 7 (28,0%) жінок у 1-й групі та по 8 хворих у 2-й (32,0%) та 3-й (30,8%) групах.

Щодо тривалості захворювання, то у кожній третій жінки (32,4% в 1-й, 34,3% у 2-й та 31,6% у 3-й групах) вона становить майже рік, і пацієнтки пов'язують початок захворювання саме з впливом чинників військової агресії. А також у кожній групі є більше 10% жінок (10,8% в 1-й, 14,3% у 2-й та 13,2% у 3-й групах), які хворіють на ендометріоз та лейоміому матки більше 10 років, проте на сьогодні відзначають погіршення перебігу захворювання, частіше у формі порушень менструального циклу – від анормальних маткових кровотеч до тяжких менструальних кровотеч.

Із загальної кількості опитаних 37 (33,6%) жінок зазначили втрату (смерть) члена родини внаслідок бойових дій. Відповідно у 1-й групі – 13 (35,1%) жінок, у 2-й – 15 (42,9%) хворих, у 3-й – 9 (23,7%) жінок зазнали втрати. Втрату чоловіка внаслідок ворожої агресії відзначили 7 (6,4%) осіб, зокрема 4 (10,8%) постраждали в 1-й групі, 2 (5,7%) жінки у 2-й групі та 1 (2,6%) пацієнтка у 3-й групі.

Тривожність спостерігалася певною мірою в усіх опитаних жінок. Ситуативна тривожність у жінок 1-ї групи була в межах від 28 до 72 балів, а середній показник групи сягав  $45,9 \pm 1,0$  бала, що свідчило про високий рівень тривожності, яка пов'язана саме з військовими діями.

Середній показник у пацієнток 2-ї групи становив  $44,1 \pm 0,8$  бала, що відповідало помірному рівню ситуативної тривожності, при цьому найнижчий показник цієї групи – 27 балів, найвищий – 73 бали. Тобто певна кількість жінок, що перебували під загрозою ракетних ударів, але не мали безпосереднього контакту з окупантами, все одно мали дуже високий рівень ситуативної тривожності.

У 3-й групі жінок середній показник становив  $45,2 \pm 1,2$  бала, що на межі високого рівня ситуативної тривожності.

Рівень особистісної тривожності був найвищий у 3-й групі та становив  $45,3 \pm 1,3$  бала. У 2-й групі у жінок відзначали помірну особистісну тривожність –  $43,7 \pm 1,0$  бала. Низький рівень особистісної тривожності було виявлено у жінок 1-ї групи –  $29,6 \pm 0,9$  бала.

Найнижчий рівень особистісної тривожності спостерігався в 1-й групі, жінки якої безпосередньо зіштовхувались з окупантами. Припустимо вважати, що це відбулося через зниження побутової тривожності внаслідок надзвичайного стресу та актуалізації ситуативної тривожності у жінок цієї групи. У цілому рівень ситуативної тривожності в усіх групах був дещо підвищений, при цьому можна відзначити лише поодинокі випадки низького рівня тривожності.

Також було проведено опитування пацієнток щодо симптомів депресії. Середній показник рівня депресії у 1-й групі становив  $12,1 \pm 0,5$  бала. При цьому найнижчий рівень депресії спостерігався у жінок з лейоміомою матки (3–9 балів), що відповідало нормі. Найвищі показники рівня депресії мали жінки з діагнозами «аденоміоз», «вिकидень, що не відбувся», «трубна вагітність», що відпо-

відало 26–27 балам за шкалою депресії. Це свідчило про помірне зниження емоційного фону.

У 2-й групі жінок середній показник депресивних проявів становив  $10,9 \pm 0,6$  бала, що відповідало нормальному емоційному стану. Середній показник рівня депресії у жінок 3-ї групи був ще нижчий, ніж у 1-ї та 2-ї групах, і становив  $8,9 \pm 0,8$  бала.

Отже, в усіх групах спостерігається рівний емоційний фон, лише поодинокі випадки помірного зниження фіксували у 1-ї групі. Але треба врахувати, що обидва випадки були пов'язані із втратою вагітності.

Під час дослідження стресостійкості пацієнток з гіперпроліферативною патологією матки були виявлені певні тригерні події, що негативно впливали на психоемоційний стан пацієнток. Серед таких подій було зазначено розлучення, звільнення з роботи, фінансові проблеми, хвороба.

Через розлучення страждали по 4 пацієнтки в кожній групі, що відповідно становило 10,8% в 1-ї, 11,4% у 2-ї та 10,5% у 3-ї групах. Звільнення з роботи визначили в 1-ї групі 8 (21,6%) обстежених, у 2-ї групі – 10 (28,6%) жінок та в 3-ї групі – 7 (18,4%) осіб. Фінансові проблеми турбували 7 (18,9%) осіб у 1-ї групі, 12 (34,3%) пацієнток у 2-ї групі та 8 (21,1%) жінок у 3-ї групі. Наявність хвороби, що впливає на психоемоційний стан, відзначили 13 (35,1%) осіб 1-ї групи, 9 (25,7%) жінок 2-ї групи та 20 (52,6%) осіб з 3-ї групи.

Отримані результати співпадають з даними інших дослідників про те, що стрес негативно впливає на жіночу репродуктивну систему та проявляється порушенням менструального циклу, аномальними матковими кровотечами або функціональною гіпоталамічною аменореєю [26, 27]. А з огляду на підґрунтя у вигляді лейоміоми матки та аденоміозу, такі жінки більш схильні саме до надмірних кровотеч та рясних менструацій. Проте ця тема ще мало висвітлена в літературі і потребує подальших досліджень.

## ВИСНОВКИ

Отже, проведений аналіз клінічного перебігу лейоміоми та ендометріозу матки у жінок репродуктивного віку залежно від тяжкості впливу чинників військової агресії засвідчив наявність негативних наслідків у всіх пацієнток

незалежно від того, де вони перебували під час війни, чи знаходились безпосередньо на окупованих територіях, чи були евакуйовані.

На першому місці з частоти розладів репродуктивного здоров'я були порушення менструальної функції: у 83,8% жінок, що знаходились на окупованих територіях, у 85,7% пацієнток, що зазнали впливу військової агресії, та у 78,9% в групі внутрішньо переміщених осіб без достовірної різниці по групах.

Найчастіше діагностували тяжкі менструальні кровотечі, відповідно по групах – 54,1%, 65,7% та 65,8%.

Аномальні маткові кровотечі достовірно частіше діагностували у жінок, що перебували на окупованих територіях (10,8%;  $p < 0,05$ ).

Значно важче переносили вплив чинників військової агресії жінки, які перебували у місцях безпосереднього вторгнення, про що свідчать високі показники ситуативної тривожності та комбінація факторів зміни умов життя (розлучення, фінансові проблеми та ін.). Тим не менш, рівні особистісної тривожності та депресії у цій групі були доволі низькі, що, можливо, відбулось за рахунок збільшення загрози ззовні, перебування у небезпечних умовах та дезактуалізації побутових переживань.

Жінки, які знаходились від впливом чинників збройного конфлікту, проте не зазнали безпосереднього вторгнення окупантів, більш схильні до переживань соціального характеру через фінансові проблеми, звільнення з роботи, при цьому власна хвороба турбувала жінок цієї групи менше, ніж жінок інших груп.

У тимчасово переміщених осіб спостерігались певні тенденції до адаптації, вони були більше стурбовані наявною хворобою порівняно з хворими інших груп, при цьому мали найвищий рівень особистісної тривожності та дещо нижчий рівень ситуативної тривожності порівняно з жінками, які були під окупацією.

Загалом можна зробити висновок, що незалежно від того, де перебувала жінка під час військової агресії, відзначався негативний вплив тривалого стресу на репродуктивне здоров'я, що призводило до посилення клінічної симптоматики гіперпроліферативної патології матки.

## Відомості про авторів

**Корнацька Алла Григорівна** – д-р мед. наук, проф., ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (050) 923-80-77. *E-mail: alla.kornatska@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-6638-6426

**Трохимович Ольга Віталіївна** – д-р мед. наук, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (099) 411-22-00. *E-mail: o.trohimovych@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-7423-5281

**Чубей Галина Валеріївна** – канд. мед. наук, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: chubey.galina@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-5425-6739

**Ревенько Олег Олександрович** – д-р мед. наук, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: revoleg71@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-5784-3477

**Калюта Аліна Олександрівна** – канд. мед. наук, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: alina5kaliuta@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-0765-7027

**Полуянова Оксана Михайлівна** – канд. мед. наук, ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: lusuchka1985@gmail.com*

ORCID: 0009-0003-9323-6388

**Зінченко Максим Вікторович** – ДУ «Всеукраїнський центр материнства та дитинства НАМН України», м. Київ; тел.: (044) 483-38-61. *E-mail: m.v.zinchenko@hotmail.com*

ORCID: 0009-0000-4542-7372

Information about the authors

- Kornatska Alla H.** – MD, PhD, DSc, Professor, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (050) 923-80-77. *E-mail: alla.kornatska@gmail.com*  
ORCID: 0000-0001-6638-6426
- Trokhymovych Olha V.** – MD, PhD, DSc, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (099) 411-22-00. *E-mail: o.trokhymovych@gmail.com*  
ORCID: 0000-0001-7423-5281
- Chubei Galyna V.** – MD, PhD, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: chubey.galina@gmail.com*  
ORCID: 0000-0001-5425-6739
- Revenko Oleh O.** – MD, PhD, DSc, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: revoleg71@gmail.com*  
ORCID: 0000-0002-5784-3477
- Kaliuta Alina O.** – MD, PhD, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: alina5kaliuta@gmail.com*  
ORCID: 0009-0001-0765-7027
- Poluianova Oksana M.** – MD, PhD, State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: lusuchka1985@gmail.com*  
ORCID: 0009-0003-9323-6388
- Zinchenko Maksym V.** – State Institution «Ukrainian Center of Maternity and Childhood of NAMS of Ukraine», Kyiv; tel.: (044) 483-38-61. *E-mail: m.v.zinchenko@hotmail.com*  
ORCID: 0009-0000-4542-7372

ПОСИЛАННЯ

- Hedström J. Militarized social reproduction: woman labour and parastate armed conflict. *Crit Mil Stud.* 2020;8(1):58-76. doi: 10.1080/23337486.2020.1715056.
- Druez T, Browne L, Bicaba F, Mitchell MI, Bicaba A. Effects of terrorist attacks on access to maternal healthcare services: a national longitudinal study in Burkina Faso. *BMJ Glob Health.* 2020;5(9):e002879. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002879.
- Mironyuk IS, Slabkiy GO, Shcherbinska OS, Bilak-lukianchuk VJ. Consequences of the war with the Russian Federation for the public health of Ukraine. *Reprod Health Woman.* 2022;8(63):26-31. doi: 10.30841/2708-8731.8.2022.273291.
- Bolouki A, Zal F. Impact of war on fertility and infertility. *Arch Iran Med.* 2020;23(4):16-22. doi: 10.34172/aim.2020.s4.
- Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA, et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet.* 2021;397(10273):522-32. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00131-8.
- Lurin IA, Khomenko IP, Nazarenko OY, Deiniuk KD. The reproductive and somatic health of servicewomen and those who are in the military area in armed conflict. *Reprod Endocrinol.* 2019;5(49):78-83. doi: 10.18370/2309-4117.2019.49.78-83.
- Schulz P, Kreft A. Accountability for Conflict-Related Sexual Violence [Internet]. *Oxford Research Encyclopedia of International Studies.* 2022. Available from: <https://oxfordre.com/internationalstudies/view/10.1093/acrefore/9780190846626.001.0001/acrefore-9780190846626-e-702>.
- Burlaka O, Vahnier V. Menstrual disorders in the aspect of stress-associated disorders of reproductive health of female military servicemen in the ATO/JFO zones. *PMGP.* 2023;6(2):e0602290.
- Carpiniello B. The Mental Health Costs of Armed Conflicts-A Review of Systematic Reviews Conducted on Refugees, Asylum-Seekers and People Living in War Zones. *Int J Environ Res Public Health.* 2023;20(4):2840. doi: 10.3390/ijerph20042840.
- Slovo i dilo. PCR and the sharpening of chronic breads: how does it affect the health of Ukrainians [Internet]. 2022. Available from: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorobyak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayinciv>.
- Kulu H, Christison S, Liu C, Mikolai J. The war, refugees, and the future of Ukraine's population. *Population, Space Place.* 2023;29:e2656. doi: 10.1002/psp.2656.
- Frankova I, Chaban O, Burlaka O, Lahutina S, Fedotova Z. Hendermi osoblyvosti stres-asotsiiovanykh rozladiv u viiskovosluzhbovtziv v umovakh viiny v Ukraini. *PMGP.* 2019;4(3):0403-04214.
- Hrytsiuk IM. Fundamentals of psychosomatics: methodological materials for students majoring in Practical Psychology. *Lutsk: Vezha-druk;* 2016. 27 p.
- Vines AI, Nguyen TTX, Ta M, Esserman D, Baird DD. Self-Reported Daily Stress, Squelching of Anger and the Management of Daily Stress and the Prevalence of Uterine Leiomyomata: The Ultrasound Screening Study. *Stress Health.* 2011;27(3):188-94. doi: 10.1002/smi.1360.
- Lynch CD, Sundaram R, Maisog JM. Preconception stress increases the risk of infertility: results from a couple-based prospective cohort study – the LIFE study. *Hum Reprod.* 2014;29(5):1067-75. doi: 10.1093/humrep/deu032.
- Qin H, Lin Z, Vásquez E, Xu L. The association between chronic psychological stress and uterine fibroids risk: a meta-analysis of observational studies. *Stress Health.* 2019;35:585-94. doi: 10.1002/smi.2895.
- Nepomnaschy PA, Welch K, McConnell D, Strassmann BI, England BG. Stress and female reproductive function: A study of daily variations in cortisol, gonadotrophins, and gonadal steroids in a rural Mayan population. *Am J Hum Biol.* 2004;16(5):523-32. doi: 10.1002/ajhb.20057.
- Baird DD, Kesner JS, Dunson DB. Luteinizing hormone in premenopausal women may stimulate uterine leiomyomata development. *J Soc Gynecol Investig.* 2006;13(2):130-5. doi: 10.1016/j.jsgi.2005.12.001.
- Laughlin-Tommaso SK, Lu D, Thomas L, Diamond MP, Wallace K, Wegienka G, et al. Short-term quality of life after myomectomy for uterine fibroids from the COMPARE-UF Fibroid Registry. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(4):345.e1-345.e22. doi: 10.1016/j.ajog.2019.09.052.
- Xia T, Li S, Ma R, Guan S, Li J, Li H, et al. Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology Effects of liver depression and psychological stress on human uterine leiomyoma cells by an AR e cAMP e PKA signal transduction pathway. *Taiwan J Obstet Gynecol Elsevier Ltd.* 2017;56:291-301. doi: 10.1016/j.tjog.2017.04.005.
- Go VAA, Thomas MC, Singh B, Prenatt S, Sims H, Blanck JF, et al. A systematic review of the psychosocial impact of fibroids before and after treatment. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(5):674-708.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2020.05.044.
- Vannuccini S, Rossi E, Cassioli E, Cirone D, Castellini G, Ricca V, et al. Menstrual Distress Questionnaire (MEDI-Q): a new tool to assess menstruation-related distress. *Reprod Biomed Online.* 2021;43(6):1107-16. doi: 10.1016/j.rbmo.2021.08.029.
- Ghant MS, Sengoba KS, Recht H, Cameron KA, Lawson AK, Marsh EE. Beyond the physical: a qualitative assessment of the burden of symptomatic uterine fibroids on women's emotional and psychosocial health. *J Psychosom Res.* 2015;78(5):499-503. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.12.016.
- Kornatska AG, Flakseberg MA, Chubei GV, Brazhuk MV. Uterine leiomyoma at women of reproductive age: frequency and structure of concomitant pathology (retrospective analysis). *Reprod Health Woman.* 2020;5(5):42-7. doi: 10.30841/2708-8731.5.2021.224496.
- Vannuccini S, Clemenza S, Cassioli E, Rossi E, Castellini G, Ricca V, et al. Uterine Fibroids, Perceived Stress, and Menstrual Distress: a Key Role of Heavy Menstrual Bleeding. *Reprod Sci.* 2023;30(5):1608-15. doi: 10.1007/s43032-022-01126-3.
- Lovkina OL, Masibroda NG, Muntyan OA, Klivak WV, Vozniuk AV. The impact of today's chronic stress on a woman's menstrual function. *Rep Vinnytsia Nat Med Uni.* 2023;27(2):331-5. doi: 10.31393/reports-vnmedic-2023-27(2)-26.

Стаття надійшла до редакції 29.07.2024. – Дата першого рішення 01.08.2024. – Стаття подана до друку 09.09.2024